

*Клецкин А.Э., Мухин А.С.*

## **СОХРАНЕНИЕ КОНЕЧНОСТИ ПРИ УДАЛЕНИИ ГИГАНТСКОЙ ЛИМФОФИБРОМЫ ПЛЕЧА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

*Нижегородская государственная медицинская академия,  
г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

**Актуальность.** По данным М.С. Любарского (2008), удельный вес пациентов с лимфедемой после лечения онкозаболеваний составляет 60% от всех пациентов с лимфатическими отеками. Из них частота постмастэктомической лимфедемы достигает 80,5%, приводя к полной потере трудоспособности в 40% случаев. Учитывая, что выявляемость рака молочной железы за последние 20 лет выросла более чем в 2 раза, актуальность проблемы несомненна. Классификация постмастэктомической лимфедемы следующая: 1 стадия (интермиттирующий отек, после ночного отдыха проходит, трофических расстройств нет), 2 стадия (лабильный отек, после ночного отдыха уменьшается, но совсем не исчезает), 3 стадия (стабильный отек, за ночь не уменьшается, кожа утолщена, индурация тканей в н/3 предплечья), 4 стадия (стадия фибредемы мягких тканей, отек непреходящий, рука деформируется, принимает уродливый вид, выражены трофические изменения - язвы, гиперкератоз).

**Цель.** Показать технические возможности классической хирургии и активного ведения послеоперационного периода у, казалось бы, безнадежных пациентов.

**Материал и методы.** И.б. №2577. Пациентка Ш., 66 лет, поступила во 2 х/о ГКБ №40 26.03.2014 г. с жалобами на объемное образование правого плеча, мешающее ношению одежды, периодически открывающийся гнойный свищ на коже опухоли. Больной себя считает более 20 лет. В 1993 г. перенесла радикальную мастэктомию справа по поводу рака молочной железы T1N0M0, после чего появился отек руки, за годы переросший в гигантскую опухоль, с периодически открывающимся гнойным свищем в зоне контакта с одеждой и окружающими предметами. Из-за размеров опухоли изменилась осанка, пациентка вынуждена носить одежду нестандартного покроя. Консервативные мероприятия не помогли, при последней госпитализации в одну из клиник больниц Нижнего Новгорода была предложена ампутация конечности, от которой пациентка отказалась и обратилась на кафедру хирургии ФПКВ.

Осмотр профессором А.Э. Клецкина и А.С. Мухина: положение пациентки вынужденное с наклоном вправо, носит одежду типа «пончо», с правого плеча до области тазобедренного сустава свисает образование ~ 65х45х45 см, каменистой плотности с изъязвлением и гнойным отделяемым по задне-внутренней поверхности в нижних отделах и суженной в виде «тали» шейки из истонченной неповрежденной кожи. Данные инструментального обследования: Р-графия: ар-

троз локтевого сустава 2 ст; ДС артерий и вен: патологии магистральных сосудов не выявлено, признаки варикозного расширения подкожных вен плеча и предплечья. Противопоказаний к удалению опухоли не найдено, пациентка дала согласие на операцию.

Диагноз при поступлении: Гигантская лимфофиброаденома правого плеча после радикальной мастэктомии (1993 г), осложненная гнойной фистулой.

Сопутствующий диагноз: Сахарный диабет 2 типа средней тяжести, компенсирован. ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стенокардия II ФТ, гипертоническая болезнь.

Анализ крови и мочи в пределах клинической нормы.

12 марта 2014г 11.00 – 14.30. Операция: Удаление опухоли правого плеча.

Обработка операционного поля. Под интубационным наркозом рассечена кожа передней стенки «шейки» опухоли правого плеча, свисающей вниз общим размером 65х45х45 см. Послойно пересечены и лигированы сосуды клетчатки, стенки ячеек с прозрачной лимфой внутри и фиброзные перемычки, составлявшие содержимое опухоли. Эти манипуляции поэтапно доведены до задней стенки шейки, кожная перемычка отсечена. Опухоль удалена. Гемостаз. Швы послойно. Пластика кожи из 3-х лоскутов. Дренаж из силиконовой резины.

В отделении патологоанатомии. Размер препарата 45х45х26см, вес 17 кг (с учетом жидкости в салфетках). Гистологическое исследование № 5740/59 от 28.03.2014 г – Гигантская лимфофиброма правого плеча.

Послеоперационный период гладкий. Ежедневно, включая день операции, проводился пневмомассаж. Швы сняты на 13 сутки, заживление первичным натяжением. Выписана по снятии швов в удовлетворительном состоянии.

*Кошевой А.П., Кошель А.П., Клоков С.С.,  
Чирков Д.Н., Рудая Н.С., Красноперов А.В.,  
Артеменко М.В., Чернышев А.В.*

## **МИКРОПЕННАЯ СКЛЕРООБЛИТЕРАЦИЯ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ**

*Медицинский центр  
им. Г.К. Жерлова, г. Северск,  
Центр флебологии экспертного уровня,  
г. Томск, Российская Федерация*

**Цель.** Улучшить результаты лечения и профилактики кровотечений при портальной гипертензии с помощью применения новых принципов прогноза геморрагии и микропенной склерооблитерации варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка.

**Материал и методы.** Проведен анализ ре-

зультатов диагностики и лечения 263 пациентов с портальной гипертензией. Арсенал вмешательств, выполняемых в клинике, включает селективное и парциальное портокавальное шунтирование в сочетании с разобщением, деваскуляризацией пищевода и желудка и созданием функциональной кардии (патент РФ № 2188592, 2002), а также проксимальную резекцию желудка с созданием искусственной кардии при невозможности шунтирования. Риск кровотечения, показания и контроль эффективности оперативных и эндоскопических методов определяли с помощью эндосонографии. Эндоскопической склерооблитерации ВРВ пищевода и желудка в плановом порядке подверглись 189 пациентов: у 26 в 2000-2004 гг. использовали нативный раствор 3% фибровейна или этоксисклерола (1 группа), у 163 в 2004-2014 гг. — вспененную их форму (патент РФ № 2357700, 2009) (2 группа). Выраженное расширение вен пищевода и желудка (3 степень по Шерцингеру А.Г.) было у 173 пациентов. В экстренном порядке манипуляции были выполнены у 48 пациентов, в том числе при кровотечении — у 27, при признаках неустойчивого гемостаза после распускания манжеты зонда-обтуратора — у 21.

**Результаты и обсуждение.** Манипуляция заключалась в выполнении 2-х инъекций микропенного склерозанта в просвет 2-х венозных стволов пищевода. Количество раствора 3% детергента, используемого в течение одного сеанса, сократилось с 4-8 мл (при склеротерапии жидкой формой препарата) до 2 мл. Число сеансов, выполняемых во время госпитализации, уменьшилось с 4-7 до 2-3. Интервал между сеансами сократился с 2-7 до 1-2-х суток. Снижение количества склерозанта, числа сеансов и продолжительность курса определили безопасность и экономическую целесообразность метода. Не требующее дополнительных лечебных манипуляций кровотечение из мест пункции наблюдалось у 26,3% пациентов и останавливалось самостоятельно. Формирования стриктур и перфорации пищевода не было. Число некрозов в местах пункции сократилось с 57,3% до 23,5%, рецидив геморрагии вследствие образования некроза и язв не отмечен. Гипертермии не было. Процедура не требовала общей анестезии и местной компрессии склерозируемых сосудов в виде прижатия концом эндоскопа или установки зонда-обтуратора.

Исключительно важным является соблюдение разработанного регламента повторных манипуляций, что позволяет избежать рецидивов геморрагий. При кровотечении (профузном и умеренной интенсивности) гемостаз был достигнут у всех за исключением 1 пациента в терминальной стадии цирроза печени (группа С) с сопутствующими носовыми и ректальными кровотечениями. Отдаленными результатами явилась эрадикация ВРВ пищевода диаметром 4,0-15,3 мм (исчезновение вен или их редукция до 3 мм и менее) при отсутствии осложнений. У пациентов с ВРВ желудка I и II типов (по NIEC) диаметром 4,0-12,7 мм также достигнута их эрадикация (исчезновение вен или их редукция до 4 мм и менее) при отсутствии осложнений. Главной проблемой является отсут-

ствие активного наблюдения за пациентами по месту жительства и общероссийского регистра данной категории пациентов. Нередко пациенты слабо мотивированы на выполнение регламента лечения, несмотря на оплату госпитализации по системе ОМС, они алкоголизируются, нарушают образ жизни и режим.

**Выводы.** Безопасность, низкая стоимость метода и преимущества перед эндоскопическим лигированием, при соблюдении регламента процедур, раскрывают новые возможности в лечении и профилактике варикозных кровотечений. Решена проблема эндоскопической облитерации ВРВ желудка I и II типов.

*Макарова Н.П.,  
Лещинская А.Ю., Бочегов В.С.*

## **СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВЕН**

*Уральский государственный  
медицинский университет,  
Городская клиническая больница № 40,  
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

**Актуальность.** Расширение диапазона инвазивных методов диагностики и лечения, наблюдающееся в последние десятилетия, привело к увеличению частоты ятрогенных повреждений сосудов. По данным литературы, частота ятрогенной травмы сосудов в 1958-1963 гг. составляла 0,6% в общей структуре сосудистой травмы, а в 2010-2014 гг. уже 15 - 28 %. Самым тяжелым осложнением ятрогенной травмы сосуда является массивное кровотечение, которое, по оценкам отечественных и зарубежных авторов, является фатальным в 16 — 30 % случаев. В современной отечественной медицинской литературе можно встретить лишь упоминание о ятрогенном повреждении вен.

**Цель.** Изучить частоту и структуру ятрогенных повреждений вен, результаты хирургического лечения и разработать меры профилактики подобных повреждений.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 17 пациентов с ятрогенным повреждением вен при различных видах плановых и экстренных хирургических вмешательств. Все пациенты лечились в ЛПУ города Екатеринбурга и Свердловской области в период с 2010 по 2014 годы. Специализированная помощь при ятрогенной травме вен была оказана в общехирургических стационарах «на месте» ангиохирургами Территориального центра медицины катастроф и неотложных состояний Свердловской области. Возраст пациентов от 29 до 89 лет, средний возраст 43,8. Мужчины составили 52, 9 % (9 человек), женщины 47,1 % (8 человек).

Все пациенты, которым оказывалась специализированная ангиохирургическая помощь по поводу ятрогенных повреждений вен, были разделены на 3 группы: 1) ранение в системе вер-